

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,100	\$0	\$0	\$140,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$140,100	\$0	\$0	\$140,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,100	\$0	\$0	\$38,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$38,100	\$0	\$0	\$38,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,500	\$0	\$0	\$109,500
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$109,500	\$0	\$0	\$109,500
TOTAL				1	\$287,700	\$0	\$0	\$287,700

Medellín, 16 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JOHN HENAO PATIÑO identificado(a) con C16725742 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C167257422601662875



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite		No. De Radicado	Fecha de Radicado
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres HENAO PATIÑO JOHN			
9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 16725342	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>
13. Nacionalidad colombiano	14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: VALLE Municipio: CALI		15. Fecha de nacimiento 10-06-66

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad: <input type="text"/>	
19. Tiene encuesta SISBEN Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel: <input type="text"/>	20. Clasificación SISBEN Grupo: <input type="text"/>	21. Grupo de Población Especial <input type="text"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL ARL SURA	23. Administradora de Pensión colpensiones	24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1750905	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia CASA 30 CALLE 32A #4-108	Teléfono fijo 3155976000	Teléfono celular Jhonhenao@gmail.com	
Valle	Calí	Localidad 6	Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante			
27. Apellidos y Nombres			
28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:		34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales														
35. Apellidos y Nombres														
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento		
B1			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos Complementarios del beneficiario												
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente		
B1				Sí	No	Nivel	Grupo	Sí	No	Categoría de discapacidad	Sí	No
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de Residencia											
Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)				
		Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural						
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Dirección						Localidad / Comuna		Correo electrónico			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C						54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)						
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO			
55. Nombre o Razón Social JOHN HENAO PATIÑO	56. Tipo de Documento de Identidad CC	57. Número de Identificación 16725342	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)
59. Ubicación CASA 30 CALLE 32A #4-108	Teléfono fijo 3155976000		Teléfono celular Jhonhenao@gmail.com
Municipio/Distrito VALLE		Municipio/Distrito CALI	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de Identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de Identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del tramite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria	
--	--	---	--

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente
--

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de identidad:			

IX. FIRMAS

80. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
---	---

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de identidad anexos CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres <input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos	<input type="text" value="1"/>

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la institución <input type="text"/>
---	---

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA		97. Fecha de validación DD / MM / AAAA	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite		No. De Radicado	Fecha de Radicado
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>		16-01-26	
2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres HENAO PATIÑO JOHN			
9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 16725742	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál
13. Nacionalidad colombiano	14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: VALLE Municipio: CALI		15. Fecha de nacimiento 10-06-66

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia			
17. Comunidad		18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad:	
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel:		20. Clasificación SISBEN Grupo:	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL ARL SURA		23. Administradora de Pensiones COLPENSIONES	
24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1750905		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CASA 30 NE 32A #4-108 VALLE		Teléfono fijo: 3155976000 Zona: Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	
27. Administradora de Pensiones - ARL		28. Ingreso Base de Cotización-IBC	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
27. Apellidos y Nombres			
28. Tipo de Documento de Identidad		29. N° de Documento de Identidad	
30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	
34. Fecha de nacimiento			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales											
35. Apellidos y Nombres											
B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2
36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de Nacimiento		

Datos Complementarios del beneficiario											
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN Si No		48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	
49. Discapacidad Si No		50. Incapacidad permanente Si No									

51. Datos de Residencia				52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabecera Municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural		Teléfono fijo y/o celular	
B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3

Dirección				Localidad / Comuna				Correo electrónico						
B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3	B4	B5
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C												54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO															
55. Nombre o Razón Social JOHN HENAO PATIÑO				56. Tipo de Documento de Identidad CC				57. Número de Identificación 16725742				58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)			
59. Ubicación CASA 30 NE 32A #4-108 VALLE				60. Teléfono fijo y/o celular 3155976000				61. Correo electrónico jhenhao@gmail.com				62. Municipio/Distrito CALI			